|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断書 （あん摩マッサージ指圧療養費用） | | | |
| 患 者 | 住　　　所 | |  |
| 氏　　　名 | |  |
| 生 年 月 日 | | 明・大・昭・平　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 傷 病 名 |  | | |
| 発病年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 診察区分 | 初　診　・　再　診　　（○をつけて下さい） | | |
| 診　察　日 | 年　　　 月　　　 日 | | |
| 症 状 | 筋 麻 痺  筋 萎 縮 | （筋麻痺又は筋萎縮のある部位について、○をつけて下さい）  　　　躯幹　・　右上肢　・　左上肢　・　右下肢　・　左下肢 | |
| 関節拘縮 | （関節拘縮のある部位について、○をつけて下さい）  右肩・右肘・右手首・右股関節・右膝・右足首　　その他  左肩・左肘・左手首・左股関節・左膝・左足首　（　　　　　　） | |
| そ の 他 |  | |
| 歩行等  の状態 | 介護保険の要介護度　（　　　　　　　　　）分かれば記載下さい  １．独歩による公共交通機関を使っての外出が困難  ２．認知症や視覚、内部、精神障害などにより単独での外出が困難  　３．その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 注意事項等 | 注意すべき事項等があれば記載して下さい（任意） | | |
| 年　　　　月　　　　日  保険医療機関名  所在地  保険医氏名 　　 　　　　　　　　　　　　印 | | | |
|

※　保険医が、当該疾病について診察の上で記載する必要があります。保険医氏名は、診察した医師の氏名を記載して下さい。